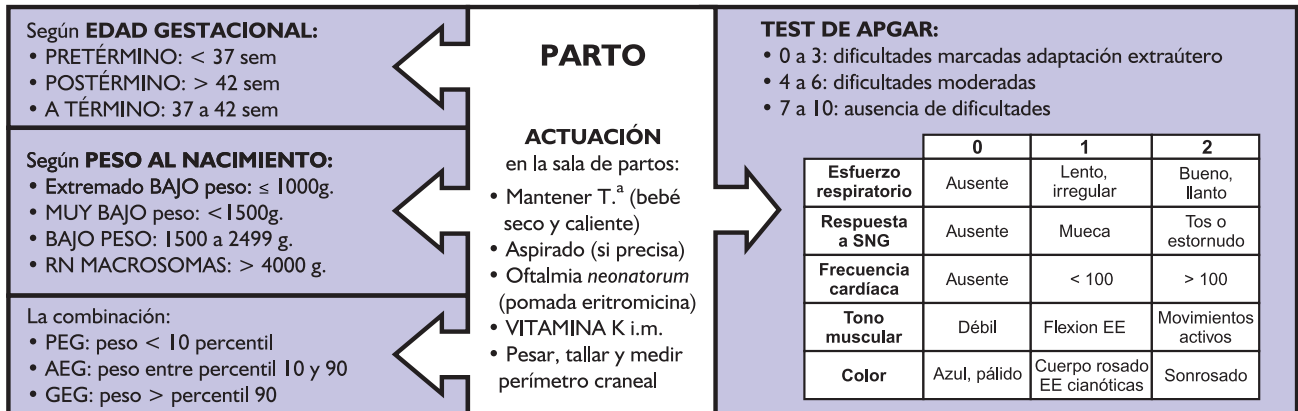


ULTIMES
PRESERVES

ENERGÍA INFANTIL

EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (TEMA 1. Manual CTO Enfermería)

Repasa en el siguiente esquema los principales puntos de la exploración del RN, así como los hallazgos fisiológicos:



EXPLORACIÓN RECIÉN NACIDO (hallazgos fisiológicos)

CRÁNEO:

- Perímetro craneal: entre 33 y 35 cm
- Exploración de las suturas (frontal, coronal, sagital, lambdoidea y escamosa o temporal)
- **Fontanela anterior**: abierta hasta 12-18 meses. (↑ en HTIC y ↓ en deshidratación)
- Fontanela posterior: cierre entre 2-4 meses
- Se consideran fisiológicos la asimetría craneoencefálica, acabalgamiento de suturas y la **craneotabes fisiológica** (reblandecimiento oseo a nivel parietal)

FACIAL:

- Explorar simetría facial
- **Petequias conjuntivales** son normales, sobre todo en partos vaginales
- Pupilas deben ser reactivas
- Es normal cierto grado de estrabismo (denominado fisiológico)
- Dentición precoz
- **Perlas de Ebstein** (paladar)
- **Nódulos de Bonh** (encías)

TÓRAX:

- Intumescencia mamaria (incluso con secreción láctea), estímulo estrogénico
- Frecuencia cardíaca: entre 120-160 lpm
- Frecuencia respiratoria: 40-60 rpm

ABDOMEN:

- **Cordón umbilical** = 2 arterias + 1 vena + alantoides rudimentaria + restos del conducto onfalomesentérico + gelatina de Wharton
- Descartar hemorragias a nivel del ombligo, así como signos de infección
- Hernias umbilicales: suelen desaparecer en el 1.º año de vida, no precisando de tto. quirúrgico

GENITALES:

- En niñas, valorar permeabilidad himen; puede existir secreción vaginal mucosa e incluso pequeñas pérdidas hemáticas y pseudomenstruación
- En los niños, valorar la presencia de los testículos en el escroto y anomalías como epispadias o hipospadias

NEUROLÓGICO:

- **Reflejo de moro**: desaparece 4-6 meses
- Reflejo de prensión palmar (desaparece a los 5 meses aprox.) y plantar (desaparece a los 10 meses aprox.)
- Reflejo de succión: desaparece 4-6 meses
- Reflejo de búsqueda: desaparece 4-6 meses
- Reflejo de marcha automática
- **Reflejo de Galant** o de incurvación del tronco
- Reflejo del paracaídas
- **Reflejo de Landau** (en decúbito prono, la flexión de la cabeza induce la flexión del tronco)

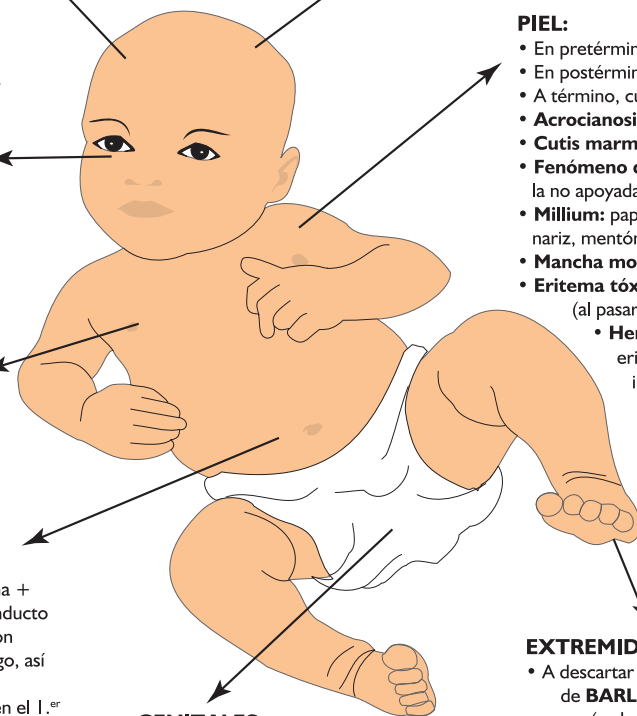
PIEL:

- En pretérmino, fina y suave, con lanugo
- En postérmino, descamada y apergamada
- A término, cubierta por vérnix caseosa
- **Acrocianosis**: cianosis en pies y manos*
- **Cutis marmorata**: imagen "reticular"*
- **Fenómeno del arlequín**: zona apoyada roja, la no apoyada pálida*
- **Millium**: papilas blanquecinas (sebáceas) en nariz, mentón o frente
- **Mancha mongólica**: azul pizarra, frec. en sacro
- **Eritema tóxico**: pápulas blancas sobre eritema. (al pasar una gasa no se manchará)
 - **Hemangioma macular**: mácula eritematosa, color rosado que ↑ intensidad con llanto o ↑ T.^a (párpados, frente y nuca). Suele desaparecer al año

* Por inestabilidad vascular

EXTREMIDADES:

- A descartar la displasia de cadera, maniobras de **BARLOW** (cadera luxable) y **ORTOLANI** (cadera luxada y reductible)



Del mismo modo repasa, en el siguiente esquema los hallazgos patológicos en la exploración del recién nacido:



PATOLOGÍA CRANEAL:

- **Hidrocefalia:** ↑ LCR, ↑ vol. ventrículos cerebrales
- **Microcefalia/macrocefalia:** > 2 DE por debajo o encima
- **Craneosinóstosis:** cierre precoz de suturas

PATOLOGÍA TORÁCICA:

- **Pectus excavatum** (hundimiento esternal)
- **Pectus carinatum** (en "quilla de barco")
- En la exploración cardiorrespiratoria:
 - Comprobar la misma intensidad de pulsos en MMII y MMSS (coaratación de aorta)
 - Presencia de apneas: pueden ser obstructivas, centrales o mixtas (1.º componente obstructivo y 2.º central)

TEST DE SILVERMAN:

- 1-2 puntos: respiración normal o leve dificultad respiratoria
- 3-5 puntos: dificultad respiratoria moderada
- >5 puntos: dificultad respiratoria grave

	0	1	2
Disociación toracoabd.	Normal	Tórax fijo Abd. móvil	Respiración en balanceo
Tiraje	Ausente	Intercostal	Intercostal supraesternal/infraesternal
Retracción xifoidea	Ausente	Discreta	Intensa
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Intenso
Quejido respiratorio	Ausente	Se oye con fonendo	Se oye a distancia

PATOLOGÍA FACIAL:

- **Labio leporino:** discontinuidad mucosa labial
- **Fisura palatina:** lo anterior se acompaña de discontinuidad en el paladar

PATOLOGÍA ABDOMINAL:

- **Granuloma umbilical:** tumoración vascular y granular. Se trata con nitrato de plata
- **Onfalitis:** infección cordón (estafilococo)
- **Persistencia del uraco:** salida de líquido claro por el cordón
- **Onfalocele congénito:** herniación del paquete abdominal por raíz del cordón, CON recubrimiento de peritoneo
- **Gastroquisis:** herniación del paquete abdominal por raíz del cordón, SIN recubrimiento de peritoneo

PATOLOGÍA GENITAL:

- **Torsión testicular:** URGENCIA QUIRÚRGICA
- **Criptorquidia:** ausencia de testículos en la bolsa escrotal. Generalmente autorresuelto. Si evolución > 1.º mes, se inician estudios. Frecuente en pretérminos
- **Epispadias o hipospadias:** desembocadura anómala de la uretra

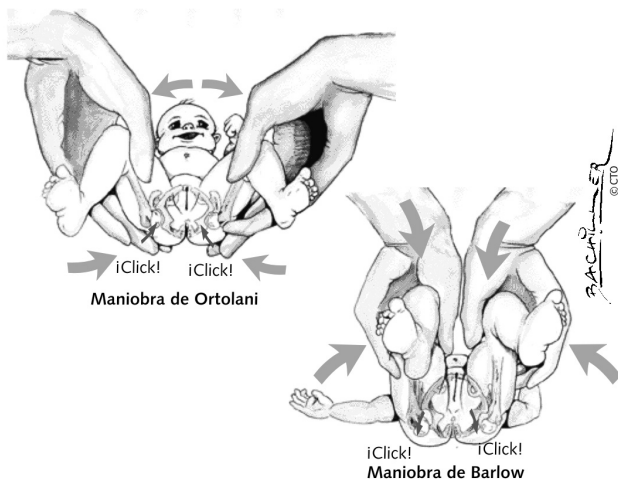


TRAUMATISMOS:

- Fractura + frecuente: **clavícula**
Asimetría reflejo Moro. Ortopédica.
- Parálisis braquial:
 - Distocia de hombro: **P. Duchenne-Erb** = C5 y C6 ± (C4)
 - Distocia de nalgas: **P. Dejerine** = **Klumpke**: C7 y C8 ± (T1)
- Hematoma esternocleidomastoideo: nódulo palpable de Stroemayer. Fisioterapia
- Parálisis facial: compresión nerviosa durante el parto (pelvis materna, fórceps, etc.). Asimetría comisura labial
- Traumatismos craneales:
 - **Caput succedaneum** (tumor de parto). No limitado por suturas, presente al nacimiento. Resolución 48 horas
 - **Cefalohematoma:** limitado por suturas. Típico en parietal. A las horas del nacimiento. Resolución días o semanas
- Abdominales:
 - Rotura hepática: víscera más frec. lesionada
 - Hemorragia suprarrenal: generalmente macrosomas y partos de nalgas

PATOLOGÍA EXTREMIDADES:

- **Luxación congénita de cadera:** se asocia a sexo femenino, antecedentes familiares, parto de nalgas, primíparas, alt. neuromusculares, etc. Es fundamental diagnóstico y tratamiento precoz.
- **Pie zambo:** deformidad que combina equino, varo y adducto. Fundamental tto. precoz (ortopédico o quirúrgico)

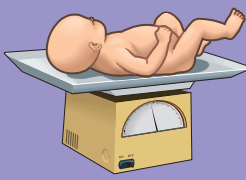
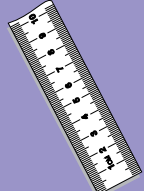


ENFERMERÍA INFANTIL

En cuanto al cribado neonatal, diferenciamos entre no selectivo (realizado a todo RN), en el que se incluye fenilcetonuria e hipotiroidismo, y selectivo que incluye, entre otras, fibrosis quística, hiperplasia adrenal congénita, distrofias musculares, talasemia, drepanocitosis, hemofilia, etc.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO (TEMA 2. Manual CTO Enfermería)

SOMATOMETRÍA

<p>PESO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Al nacimiento: 3.500 g • Pérdida fisiológica: 5-10% (1.ª semana) • Recuperan peso a la semana • Duplican peso al 5.º mes • Triplican al año • Cuadruplican a los 2 años 	<p>TALLA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Al nacimiento estatura media de 50 cm • Al año estatura media de 75 cm • Duplican la talla al nacimiento a los 4 años
--	--	--	---

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: repasa en el siguiente esquema temporal el desarrollo de las principales habilidades adquiridas por el niño:

 <ul style="list-style-type: none"> • Sonrisa (6-8 sem) • Suspensión ventral (6 sem) • Gira la cabeza al sonido (12-16 sem) • Coge objetos que le ponen en la mano (12-16 sem) • Prensión voluntaria de objetos (5 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasa objetos de una mano a otra (7 meses) • Sedestación sin apoyo (8-9 meses) • Dice "papa"/"mama" (10 meses) • Palabras con significado (11 meses) • Gatea (10-11 meses) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Deambulación sin ayuda (13 meses) • Alimentarse con taza sin ayuda (15 meses) • Frases no como imitación (21-24 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de esfínteres por el día (2 años) • Control de esfínteres por la noche (3 años) • Se viste sin ayuda (3-4 años) 
<p>0 a 6 meses</p>	<p>7 a 12 meses</p>	<p>1 a 2 años</p>	<p>2 a 4 años</p>

ALIMENTACIÓN

Recuerda las necesidades hídricas y calóricas:

Necesidades hídricas

- En el RN a término 65 cm³/kg/día
- A partir 1.ª semana: 160-180 cm³/kg/día
- Desde periodo infantil a edad adulta se siguen fórmulas:
 - Primeros 10 kg : 100 cm³ x kg
 - Segundos 10 kg : 50 cm³ x kg
 - Terceros 10 kg : 20 cm³ x kg

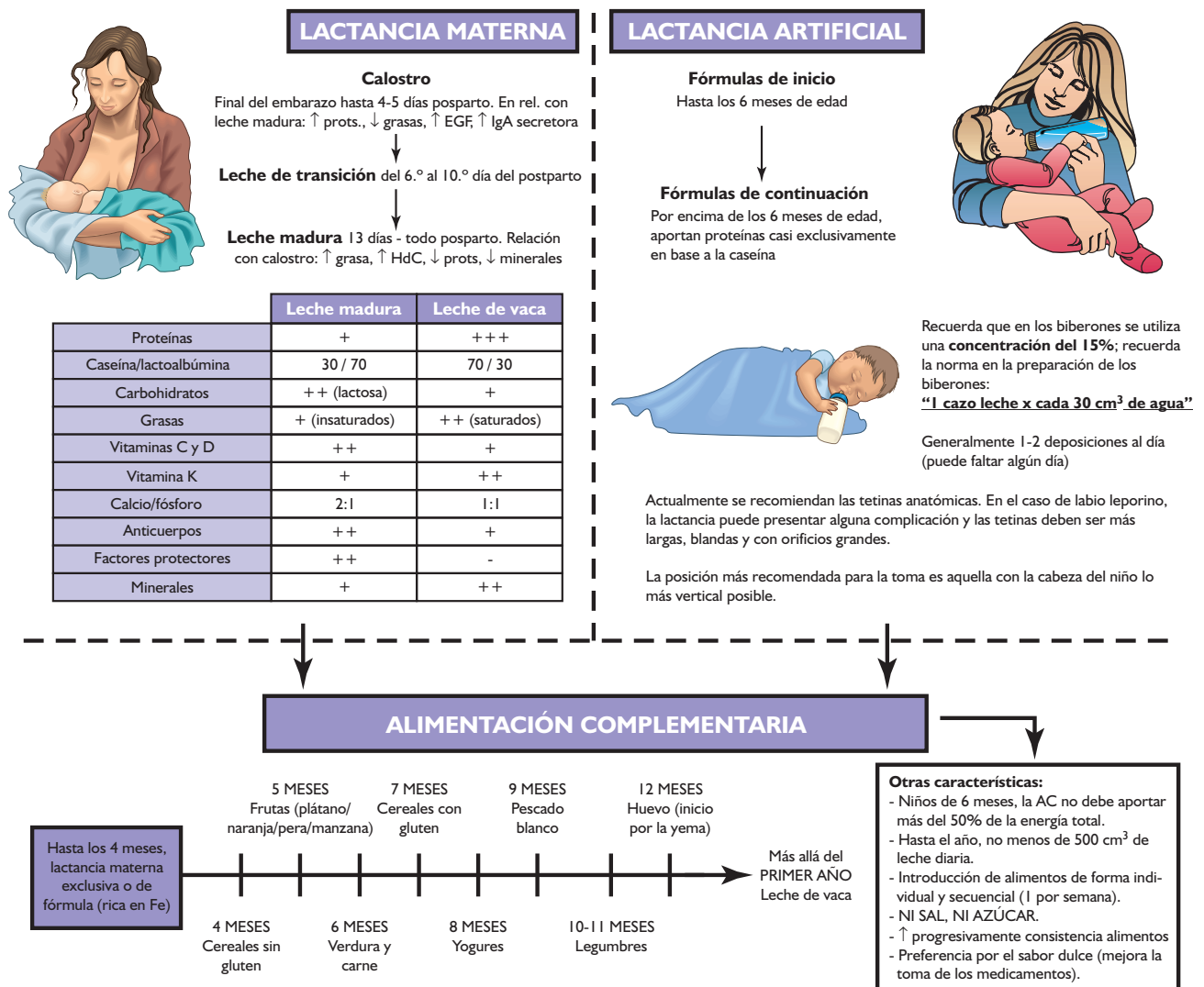
Necesidades calóricas

- 0-1 año : 100-120 kcal/kg/día
- 1-3 años : 100 kcal/kg/día
- 4-6 años : 90 kcal/kg/día
- 7-10 años : 70 kcal/kg/día
- 11-14 años : 17-55 kcal/kg/día
- 15-18 años : 2.800 kcal/día (varones)
2.100 kcal/día (mujeres)

1. El test de Dubowitz se utiliza para:
2. Los cambios que se producen al establecerse la circulación extrauterina son:
3. La ausencia de una de las arterias umbilicales se ha asociado a:
4. Relacione la alteración cromosómica y el nombre propio de cada uno de los síndromes:
 - a) Trisomía 18.
 - b) 47XXY.
 - c) Trisomía 21.
 - d) Trisomía 13.
 - e) 45XO.
1. Determinar la edad gestacional: valora signos neurológicos y características externas del RN.
2. El cierre del foramen oval, el cierre del ductus y el cierre del conducto venoso de Arancio y los vasos umbilicales.
3. Entre otras malformaciones, a la trisomía 18.
4. Respuestas:
 - 1) Síndrome de Down.
 - 2) Síndrome de Turner.
 - 3) Síndrome de Patau.
 - 4) Síndrome de Edwards.
 - 5) Síndrome de Klinefelter.

Respuestas correctas: a-4, b-5, c-1, d-3, e-2

LACTANCIA MATERNA/ARTIFICIAL/ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



ENFERMERÍA INFANTIL

Entre las contraindicaciones de la lactancia materna, diferenciamos las de causa materna:

- **Infecciosas:** tuberculosis, VIH (no en el tercer mundo) y paludismo (no en el tercer mundo).
- **Farmacológicas:** antitiroideos y quimioterápicos.
- **Psiquiátricas:** neurosis graves y drogadicción.

Y las de causa infantil: galactosemia e intolerancia a la lactosa.

Entre los problemas asociados a la alimentación durante el primer año, recordaremos:

- **Cólicos del lactante:** crisis de llanto por dolor abdominal paroxístico, generalmente al anochecer. Parece que mejoran con masaje abdominal, movilización de las piernas o el calor en el abdomen. Suele desaparecer en los tres primeros meses de vida.
- **Intolerancia a la leche de vaca:** presenta exclusivamente sintomatología digestiva. Es de carácter transitorio.
- **Alergia a las proteínas de la leche:** se trata de un proceso inmunoalérgico, que puede cursar con sintomatología digestiva, respiratoria y/o cutánea. La proteína más alergénica es la β -LACTOGLOBULINA (de la que existen niveles elevados en la leche de vaca).

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS (TEMA 11. Manual CTO Enfermería)

Repasa en la siguiente tabla las principales características de las enfermedades exantemáticas:

Enfermedad	P. incubación	P. contagio	Tipo de lesiones	Localización	Tratam.	Complicaciones
Varicela	2-3 semanas	Desde 1 día antes de aparecer exantema hasta que todas lesiones en fase de costra	Máculas Pápulas Vesículas Costras	Pruriginosas , inicio en el tronco, luego hacia cara y EE (centrífuga)	Sintomático Aislamiento Ojo AAS!!! (Sind. Reye)	Sobreinfección bacter. Varicela hemorrágica Neumonías
Sarampión	10-20 días	Desde 4 días antes de aparecer exantema hasta 5 días desde su desaparición	Máculas Pápulas	1.º en la CARA , después descendiendo al resto del cuerpo Manchas Koplick	Sintomático	La + frec: neumonía Otitis media aguda Encefalitis aguda o subaguda (PEES)
Eritema infeccioso (5.ª enfermedad)	4-15 días	Incierto	Eritema Máculas Pápulas	1.º Exantema en bofetón 2.º Maculopápulas en EE 3.º Reticulado	Sintomático	Artritis y artralgias
Exantema súbito (roséola infantil o 6.ª enfermedad)	Incierto	Incierto	Máculas Pápulas	1.º fiebre alta (sin clínica cutánea), se inicia en tronco y se extiende a cuello, cara y EE. NO PRURIGINOSA	Antipiréticos	Convulsiones febriles
Rubeóla (sarampión alemán)	12-14 días	Desde 1 semana antes hasta 5 días después de la erupción	Máculas Pápulas	Inicio en cara, se extiende a todo el cuerpo hasta desaparecer (3.º día)	Antipiréticos	No suele tener
Escarlatina	2-4 días	Durante la fase de incubación y el exantema	Rash	1.º Amigdalitis, con lengua en fresa blanca (1.º día) y lengua en fresa roja (día 3.º) 2.º rash (líneas de Pastia)	Penicilina Reposo en cama Analgésicos Antipiréticos	Otitis, sinusitis

Recuerda, asimismo, las principales características de:

- **Tos ferina (*Bordetella pertussis*):** incubación de 5 a 21 días. Contagio desde período catarral hasta 2 meses. Tras fase catarral, crisis de tos paroxística, seguidas de inspiración brusca o “gallo”, con enrojecimiento facial e incluso apnea. Típico en lactantes mayores. Tratamiento: MACRÓLIDOS.
- **VIH infantil:** lo más frecuente la vía vertical. Paso de IgG anti-VIH materno transplacentario complica el diagnóstico (100% seropositivos al nacer, sólo 15-30% realmente infectados): al ser la detección de IgG poco fiable en < 18 meses se realiza CULTIVO +/- PCR +/- Ag p24 en suero o plasma. Tratamiento con triple terapia antirretroviral.

1. La escala de Brazelton, usada para evaluar la capacidad comportamental del RN o la capacidad para responder a estímulos ambientales, valora seis categorías, que son:
2. Si tenemos que aportar glucosa en un niño < de 1 año por vía e.v., lo haremos con:
3. Completa la frase: "un niño de raza blanca, con un correcto aporte diario de leche, cm³/día, y una correcta exposición solar no necesita aportes extra de ni de calcio:
4. En la introducción de la alimentación complementaria, dentro de la fruta se debe retrasar la introducción de y por su elevado poder alergénico.
5. ¿Cuál es el tratamiento en la enfermedad de Kawasaki?
1. Habitación, orientación, madurez motora, variabilidad, capacidad de autoconsolación y conducta social.
2. DXT al 10%.
3. > de 500 cm³.
Vitamina D.
4. Fresa y melocotón.
5. Inmunoglobulina y AAS de la forma más precoz posible.

PATOLOGÍA RESPIRATORIA (TEMA 3. Manual CTO Enfermería)

Repasa en la siguiente tabla la patología en el RN:

	PARTO	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	CARACT. Rx	TRATAMIENTO
Enfermedad de membrana hialina o SDR I	Pretérmino	Déficit en la producción de surfactante (madurez 35 s).	Dificultad resp. en las 1. ^a 6 horas Desparece a los 3 días	Broncograma aéreo (vidrio esmerilado/pulmón blanco)	Soporte vent. Surfactante exógeno (endotraqueal)
SDR II o taquipnea transitoria	Casi a término (35-38 semanas) + frecuente en cesárea	Retraso en la absorción del líquido amniótico	Taquipnea (evolución corta y benigna)	Hiperinsuflación con líquido en cisuras. Aumento de trama vascular	Administración de O ₂
SAM	Postérmino	Aspiración del meconio (sufrimiento fetal)	Tiraje, taquipnea, disnea, cianosis Riesgo de evol. a HTP y persistencia de la circulación fetal	Hiperinsuflación con áreas parcheadas	Prevención aspirar en el parto. Si HTP, ventilación mecánica y óxido nítrico
Bronconeumonía	Prematuros Rotura prematura de membranas Corioamnionitis	Estreptococo B <i>E. coli</i> <i>Listeria M.</i>	Puede ser 1. ^a manifestación de sepsis precoz (1. ^a semana de vida, sobre todo 1. ^a 72 horas de vida)	Broncograma aéreo (similar a SDR I)	Antibioterapia Fármacos vasoactivos Prevención en el parto

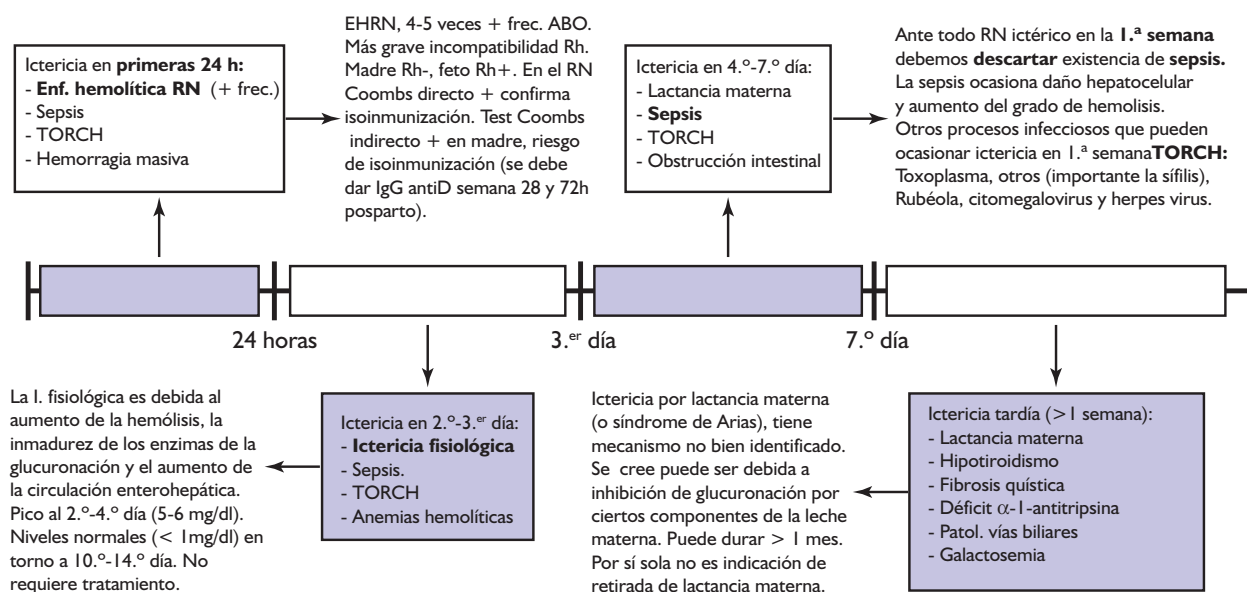
En el lactante y en el niño mayor es necesario repasar la tabla de la página siguiente.

ENFERMERÍA INFANTIL

Bronquiolitis	Etiol.: vírica (VRS)	Inicio: 90% entre 1 y 9 meses (mayoría alrededor de 6 meses) Frec. Otoño y Primavera	Clínica: 1.º sint. Infección resp. Leve, después tos, dificultad resp. e irritabilidad. Febrícula	Tto.: sintomático (hidratación y humidificación). Si grave O ₂ y broncodilatadores
Laringitis aguda viral	Etiol.: vírica (<i>parainfluenzae</i>)	Inicio: 1.º infección respiratoria de vías altas (días previos) 2.º laringitis	Clínica: RONQUERA, estridor inspiratorio, disnea, tos perruna, disfonía, fiebre	Tto.: sintomático (humidificac.) Broncodilatadores, corticoides inhalados
Laringitis espasmódica	Etiol.: factores alérgicos o psicógenos	Inicio: BRUSCO, nocturno	Clínica: estridor inspiratorio, disnea, tos perruna, disfonía, AFEBRIL	Tto.: sintomático (humidificac.) Broncodilatadores, corticoides inhalados
Epiglotitis aguda	Etiol.: bacteriana (<i>H. influenzae</i>)	Inicio: SÚBITO, nocturno	Clínica: malestar gral., disnea, estridor, babeo, odinofagia, fiebre alta, posición en tripede	Tto.: mantener la vía aérea permeable + antibioterapia
Asma bronquial	Etiol.: pred. genética + factores ambientales + frec. en varones	Inicio: proceso crónico	Clínica: dificultad respiratoria con sibilancias y tos irritativa. Hiperproducción de moco	Tto.: eliminar el alérgeno y broncodilatadores

PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA (TEMA 6. Manual CTO Enfermería)

Repasa en el siguiente esquema las principales causas de ictericia en el RN:



En cuanto al tratamiento de la hiperbilirrubinemia debes recordar:

- En la ictericia fisiológica, que no requiere tratamiento, se recomienda exponer al niño al sol (la luz solar ayuda a disminuir los niveles de bilirrubina).
- En ictericia patológica, ante el riesgo de toxicidad a nivel central (*Kernicterus*), el tratamiento se basa en la fototerapia y/o exanguinotransfusión, en función de las cifras de bilirrubina, edad gestacional, peso, horas de vida, etcétera.
- Recuerda que la fototerapia aplica luz UV, tratando de convertir la bilirrubina indirecta en un pigmento hidrosoluble no tóxico. Precisa protección gonadal y ocular. Sólo se interrumpirá para la visita de los padres. Riesgo de hipertermia y deshidratación (vigilancia).
- En cuanto a la exanguinotransfusión, se realiza con cifras de bilirrubina indirecta muy altas (de forma aproximada se calcula que es necesaria cuando las cifras de bilirrubina superan el 1% del peso corporal expresado en gramos).

PATOLOGÍA METABÓLICA (TEMA 9. Manual CTO Enfermería)

FENILCETONURIA

- Ausencia de fenilalanina-hidroxilasa (1:10.000–20.000 RN).
- Predominio en raza blanca.
- Cribado neonatal precoz. Tratamiento restricción dietética precoz (fenilalanina) de por vida, lo ideal antes de los 2 meses.
- Todas las proteínas alimentarias naturales contienen aprox. 15% de fenilalanina (mayor % en proteínas animales).
- Leche materna: bajo contenido en fenilalanina. Esto permite lactancia materna total o parcial.

PATOLOGÍA DIGESTIVA (TEMA 5. Manual CTO Enfermería)

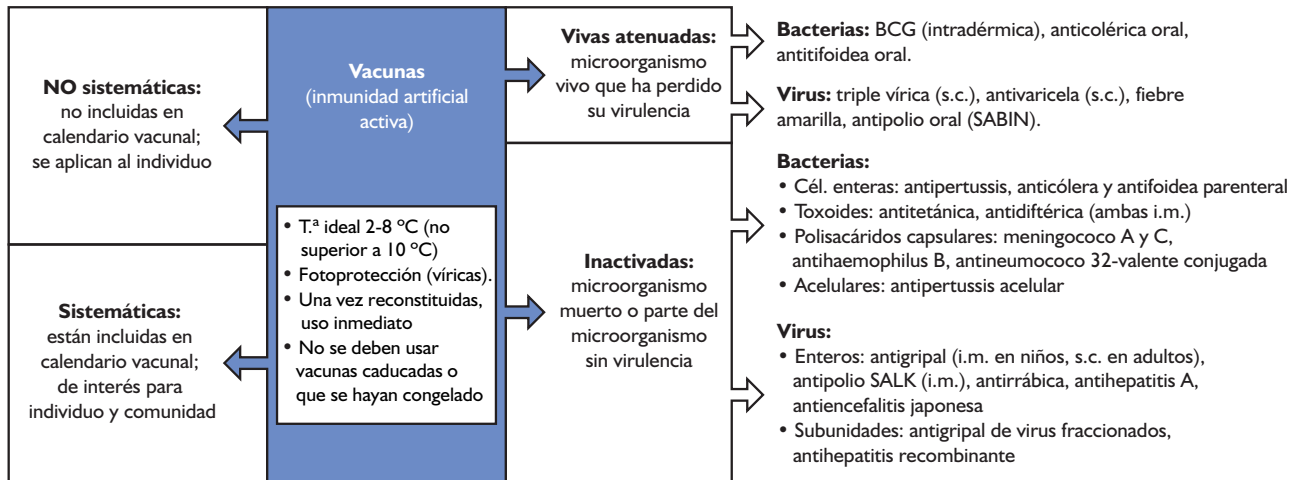
Repasa en el siguiente esquema las principales patologías digestivas en la edad infantil:

Atresia esofágica	1:3.000 - 4.500 RN vivos	Tipo III forma + frecuente (85%) Clínica: imposibilidad para paso de sonda en paritorio, salivación, cianosis y atragantamiento en las tomas. Si existe fístula, abdomen distendido. Si no fístula, excavado.	Diagnóstico: el paso de la SNG hacia el estómago se encuentra interrumpido	Tto.: inicialmente se basa en evitar el reflujo (tener al niño incorporado, realizar aspiración continua). Definitivo: tto. quirúrgico
Estenosis hipertrófica de piloro	Más frecuente en RN varones y en el primer hijo	Vómitos en 2. ^a -3. ^a semana de vida (abundantes, a chorro). Masa dura móvil, no dolorosa a la dcha. del epigastrio	Diagnóstico: por ecografía	Tratamiento: CIRUGÍA
Enterocolitis necrotizante	Más frecuente en RN prematuros	Distensión abdominal. Deposiciones sanguinolentas	Diagnóstico: en estudio Rx. se aprecia neumatosis intestinal	Tto.: dieta absoluta. Antibióticos (gramnegativos y anaerobios). Cirugía si: perforación, peritonitis o sépsis refractaria tto. médico
Enfermedad de Hirschprung	Causa más frecuente de obstrucción intestinal en RN + frec. en varones. 1:5.000 RN	Falta expulsión de meconio. Posteriormente sintomatología de obstrucción parcial o total	Diagnóstico: en Rx distensión de asas, ausencia aire en recto. En enema opaco áreas de distensión y estenosis. Definitivo BIOPSIA	Tto.: CIRUGÍA (resección del segmento agangliónico y post. anastomosis en 1 o 2 tiempos)
Gastroenteritis agudas (GEA)	60% ROTAVIRUS 40% bacterias (<i>Salmonella, Shigella...</i>)	Diarrea, náuseas, vómitos, riesgo deshidratación, alts. electrolíticas, etc.	Diagnóstico: cultivo	Tratamiento: sintomático
Enfermedad celíaca	Intolerancia GLUTEN. Predisposición genética, estímulo ambiental y respuesta autoinmunitaria	Anorexia, irritabilidad, diarrea (heces voluminosas y pastosas), estancamiento ponderoestatural, atrofia muscular proximal, etc.	Diagnóstico: 1.º Serología 2.º Biopsia (si clínica + serología positiva)	Tratamiento: dietético (supresión del GLUTEN: cebada, centeno, avena, trigo)

1. La displasia broncopulmonar se ha relacionado con los RN pretérminos sometidos a:
 1. Ventilación mecánica y oxigenoterapia.
2. ¿Recuerda la franja de edad de máxima incidencia de las convulsiones febriles?
 2. Entre los 9 meses y los 5 años.
3. El síndrome de Reye, encefalopatía hepática anictérica, se ha asociado al uso de AAS y antecedentes de infecciones víricas, como por ejemplo:
 3. Varicela o gripe.
4. Cuando un niño es llevado a Urgencias de forma reiterada y averiguamos que los signos y síntomas son inventados por la persona a su cargo, estaremos ante:
 4. Un síndrome de Munchausen por poderes.

VACUNAS: INMUNIZACIÓN ARTIFICIAL ACTIVA (TEMA 17. Manual CTO Enfermería)

Repasa en el siguiente esquema los principales aspectos relacionados con la inmunización activa artificial:



VACUNAS	0 MESES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	15 MESES	18 MESES	4 AÑOS	11 AÑOS	14 AÑOS
POLIO		VP01	VP02	VP03	—	VP04	VP05	—	
DIFTERIA TÉTANOS PERTUSSIS		DTP1	DTP2	DTP3	—	DTP4	DT	—	Td (difteria adultos)
SARAMPIÓN RUBÉOLA PAROTIDITIS		—	—	—	TV1**	—	TV2	TV***	—
VHB	VHB1*	VHB2	—	VHB3	—	—	—	VHB(3 dosis) ****	—
<i>H. INFLUENZAE</i> b		Hib1	Hib2	Hib3	—	Hib4	—	—	—
<i>N. MENINGITIDIS</i> c		1	2	3	—	—	—	—	—

* Niños nacidos de madres HBsAg negativo. En caso de madre HBsAg positivo se administrará la pauta 0-1-6 meses más gammaglobulina.
 ** En situación de especial riesgo una dosis a los 9 meses o antes.
 *** Niños que no hayan recibido segunda dosis antes de los 6 años.
 **** En no vacunados previamente, 3 dosis VHB en pauta 0-1-6 meses.

Entre las contraindicaciones generales de las vacunas:

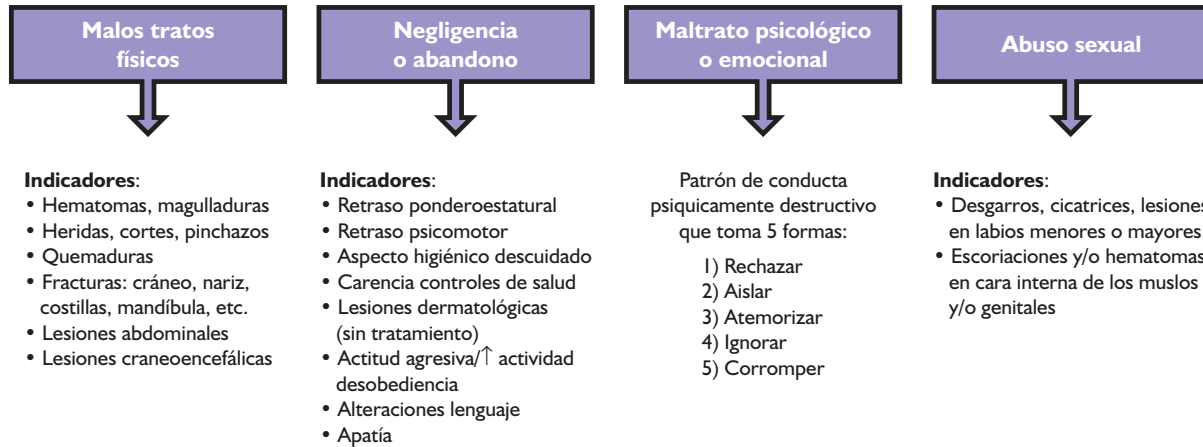
- Reacción anafiláctica previa.
- Hipersensibilidad a alguno de los componentes.
- Enfermedad con fiebre de 38 °C o superior.
- Inmunodepresión (para vacunas atenuadas).
- Si se han administrado gammaglobulinas.

Entre las principales contraindicaciones específicas:

- Trastornos neurológicos evolutivos: contraindicada la antipertussis.
- Contacto familiar inmunodeprimido: contraindicada antipolio oral (SABIN).
- Embarazadas: contraindicadas triple vírica y antipolio oral.
- Alergia al huevo: contraindicadas triple vírica y antipolio oral.
- Alergia a la neomicina: contraindicadas antipolio inactivada, triple vírica y antigripal.

MALOS TRATOS A MENORES (TEMA 16. Manual CTO Enfermería)

Recuerda en el siguiente esquema los diferentes tipos de maltrato infantil, así como los posibles indicadores de su existencia:



Siguiendo el modelo de Belsky los factores de riesgo del maltrato se estructuran en cuatro niveles:

